Washington State Department of Social & Health Services

PLAN DE RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL (IRP)
INDIVIDUAL RESPONSIBILITY PLAN (IRP)

Plan de responsabilidad individual de WorkFirst para _____

JAS ID
CASE NUMBER
CLIENT ID

Entiendo que:

- Debo trabajar, buscar empleo o prepararme para trabajar a tiempo completo al menos 32 horas por semana.
- Debo cumplir con ciertos requisitos. En caso de no poder hacerlo, se me sancionará excepto que pueda probar que tengo una buena razón para ello. Esto se conoce como estatus de sanción de WorkFirst. Si estoy sancionado, esto significa que:
  - Mi subvención se reducirá un 40% o la cantidad asignada a una persona, lo que sea mayor.
  - Debo cumplir con mi IRP durante cuatro semanas seguidas para que se suspenda la sanción.
  - Al haber cumplido con los requisitos durante cuatro semanas seguidas, mi sanción se suspenderá a partir del primer día del mes posterior a las cuatro semanas de participación.
  - Un panel de revisión de sanciones revisará mi caso y pudiera cerrarlo si permanezco sancionado durante seis meses seguidos.
    - Si el panel de revisión de sanciones cierra mi caso, tendré que volver a solicitar los servicios y participar durante cuatro semanas seguidas antes de poder recibir dinero en efectivo.
    - Si mi caso se sanciona nuevamente, una junta de revisión de sanciones revisará mi caso y pudiera cerrarlo si permanezco sancionado durante tres meses seguidos.
- Deberé cooperar con la Division of Child Support (Oficina de Manutención del Menor) mientras reciba subsidios TANF/SFA excepto que tenga razones justificadas para no cooperar. El cobro exitoso de la manutención de menores puede ayudarme a eliminar la necesidad de asistencia financiera.
- Podré recibir el subsidio financiero TANF/SFA sólo durante 60 meses en toda mi vida excepto que cualifique para una extensión.
- He recibido subsidio financiero por _____ meses.
- Debo trabajar, buscar empleo o prepararme para trabajar a tiempo completo al menos 32 horas por semana.
- Si no puedo asistir a mi actividad programada, llamaré a la persona al número enumerado a continuación.
- Cada semana debo realizar las siguientes actividades durante la cantidad de tiempo especificada a continuación:

CW Trabajos Comunitarios (CW - Community Works)

Antes del _____, me comprometo a reunirme con un consejero del programa, en la oficina del proveedor indicado más adelante, para analizar mi participación en los Programas de Trabajo Respaldados por CTED. Participaré en este programa durante las horas requeridas por mi consejero del programa.

Proveedor: _____

Dirección: _____

Nombre del contacto: _____

Número de teléfono del contacto: _____

Llevaré a la reunión con el consejero del programa una identificación válida de trabajo. En esta reunión, queda entendido que ayudaré a crear y firmaré mi Plan de Trabajo. Cumpliré con los requisitos de mi Plan de Trabajo durante un plazo máximo de seis meses.

Durante el cumplimiento de mi Plan de Trabajo, en caso de que no pueda asistir a mis citas programadas, llamaré al número de teléfono indicado anteriormente el día de la reunión o antes, y justificaré la inasistencia.

Queda entendido que de no llamar, ese día o antes, mi ausencia será considerada injustificada. Dos ausencias injustificadas darán lugar a una sanción.

Cuento con los servicios de cuidado de niños y de transporte adecuados.

El administrador de mi caso y yo volveremos a analizar este IRP antes del _____inclusive.

JAS ID	CASE NUMBER	CLIENT ID

Si existe alguna razón justificada para no seguir mi plan, debo ponerme en contacto de inmediato con el especialista o trabajador social del programa WorkFirst encargado de mi caso e informárselo. Algunos ejemplos de razones justificadas incluyen:

- No asistí a una cita debido a una enfermedad o a un imprevisto relacionado con la persona encargada del cuidado de los niños o problemas de transporte;
- Se presentó una situación de emergencia (física, mental o emocional);
- Soy víctima de violencia doméstica;
- No puedo encontrar en mi área un servicio adecuado y asequible para el cuidado de niños menores de 13 años;
- Tengo un problema legal urgente;
- Sufro de una discapacidad o de ciertas afecciones que me han impedido poder cumplir con los requisitos del programa; o
- Soy un adulto con una discapacidad grave o crónica;
- Debo estar en mi casa para cuidar de un niño con necesidades especiales u otro adulto con discapacidades;
- Tengo 55 años o más y cuido de un niño del cual no soy el padre/madre; o
- Estoy solicitando ayuda complementaria del Seguro Social (SSI) con un facilitador del DSHS.

Si no estuviera de acuerdo con este plan, tengo derecho a solicitar una revisión del caso y/o una audiencia. Para solicitar una audiencia, debo ponerme en contacto con la Oficina de Servicios Comunitarios (Community Services Office) o la Oficina de Audiencias Administrativas (Office of Administrative Hearings), DSHS, PO Box 42488, Olympia WA 98504-2488, dentro de los 90 días posteriores a la fecha de la firma del representante de mi caso que aparece debajo. Se me ha entregado una copia de mi Plan de Responsabilidad Individual.

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL CASO	FECHA	MI FIRMA	FECHA

REQUISITOS CONFIDENCIALES

Puedo recibir servicios de apoyo para ayudarme a avanzar en mi trabajo, mantener mi empleo, aceptar un empleo, buscar un empleo o seguir con mi plan. Si no estoy de acuerdo con una decisión sobre los servicios de apoyo, puedo solicitar una revisión del caso y/o una audiencia. Solicitaré ayuda al especialista o trabajador social del programa WorkFirst si necesito servicios de apoyo como por ejemplo:

- Reparación del auto
- Vestimenta
- Asesoría
- Pañales
- Gastos de educación
- Higiene personal
- Licencia/honorarios
- Corte de pelo
- Boletos para el autobús
- Millaje
- Herramientas para trabajar
- Planificación familiar

Mientras dure la sanción, no puedo obtener servicios de apoyo (como por ejemplo dinero para vestimenta de trabajo o transporte) hasta que comience con mi IRP.

Entiendo que si no coopero con la Oficina de Manutención del Menor (Division of Child Support - DCS) sin una razón justificada, puede reducirse mi subvención. Entre las razones justificadas se incluyen la amenaza de daños a mis hijos o a mi persona. Comprendo que mientras esté recibiendo la asistencia de TANF, cualquier manutención recibida se retendrá para devolverla al estado.

Cuando deje de recibir el subsidio TANF/SFA, DCS cobrará la manutención de menores y me la enviará, a menos que les solicite interrumpir los envíos. Entiendo lo que es servicios de apoyo, sanciones y manutención de menores.

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL CASO	FECHA	MI FIRMA	FECHA